B. BOURLOND-BLOUARD, J. BOURLOND
RUE JULES HAMOIR, 9 - 5000 NAMUR
DERMASKIN@BUSMAIL.NET

Un traitement novateur, efficace et confortable des verrues

Fig. 1

Fig. 2

Introduction

Bien que la régression spontanée ait lieu dans 2/3 des cas sur un suivi de 2 ans, les verrues peuvent persister durant plusieurs années et représenter un réservoir pour les infections HPV. Dès lors, il est important de traiter les verrues non seulement pour soulager l'inconfort physique mais également pour prévenir la dispersion de l'infection par contact.

De nombreux traitements sont disponibles pour les verrues mais aucun n'est efficace à 100 % et aucun n'a une activité virucide. A titre d'exemple, sont utilisés couramment : acide salicylique et divers topiques, cryothérapie, Bléomycine® intralésionnelle, laser, curetage, chirurgie, immunothérapie, diphencyprone, DNCB,...

Le Verrutop® représente une nouvelle alternative thérapeutique.

Après plus de deux ans d'utilisation et plusieurs centaines de patients traités, notre expérience témoigne de l'efficacité du Verrutop®.
Le taux de succès au terme du traitement est de toute évidence comparable à celui de la cryothérapie. Le taux d'échec aussi : minime si les indications et procédures d'application sont bien respectées. Les récidives après « guérison » clinique sont du même ordre qu'avec d'autres traitements plus anciens.

La caractéristique principale du Verrutop® est d'être quasi totalement indolore, en tout cas comparé à l'application d'azote liquide (très douloureux au cabinet, difficultés chez les jeunes enfants, appréhension même parfois de parents ayant vécu la même expérience plus jeunes, ...) ou à l'injection de Bléomycine® au dermo-Jet® (parfois très invalidant, même si souvent efficace, et ce de manière totalement imprévisible).
Il faut également souligner la facilité d'emploi (possibilité de traiter de nombreuses verrues en une fois), et l'absence de contre-indication (par ex. pour les verrues péri-unguéales, la femme enceinte).

I. Mode d'action

Verrutop® est une solution aqueuse qui est le résultat de l'interaction d'acides organiques et d'ions métalliques dans l'acide nitrique.

Fig. 1

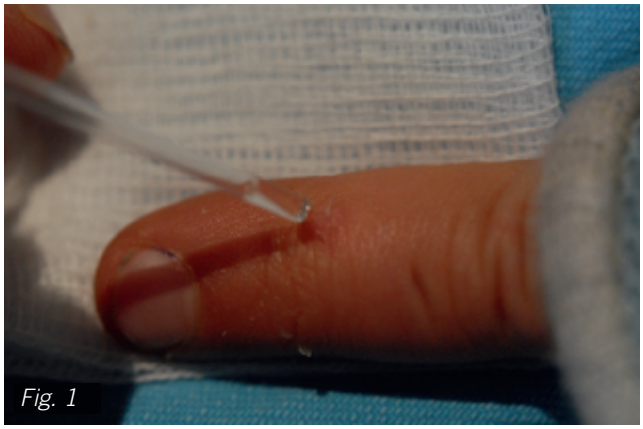
Fig. 1

Lorsque le produit est appliqué sur la verrue, on observe une dévitalisation immédiate des tissus. Celle-ci résulte d'une fixation par dénaturation de protéines (qui maintient la structure des tissus intacte) et n'est pas le résultat d'une désintégration des tissus (qui mènerait à une ulcération).
Cette action est due à la composition originale du Verrutop®. Outre l'acide nitrique connu pour son action caustique, Verrutop® contient des acides organiques qui entraînent la formation de produits de réduction de l'acide nitrique (nitrite) en très petite quantité mais avec un rôle important.
La fixation des tissus se manifeste par une décoloration de la zone traitée qui devient gris blanchâtre à jaune foncé. Cette fixation est suivie par une momification par dévitalisation des tissus qui se dessèchent et prennent une couleur brun foncé. *(Fig. 1-2)*

La cicatrisation débute progressivement sous la croûte. Cette croûte tombe après quelques jours (7 à 10 jours).

Outre, son activité destructrice sur la verrue, il a été montré par le Prof. Humbert que le Verrutop® a une activité virucide sur les virus HPV-1 et HPV-2 dans le cas de verrues plantaires (Etude en publication).

II. Composition

Acidum nitricum 65 percentum, Acidum aceticum glaciale, Acidum oxalicum dihydricum, Acidum lacticum, Cupri II nitras trihydricus, Zinc nitra, Excip. Ad solutionem

III. Mode d'emploi

Le principe d'application est rapide et facile : comme pour tout traitement de verrues, décaper un maximum pour éliminer l'hyperkératose de surface rendant difficile la pénétration du Verrutop®, dégraisser le site à traiter à l'alcool dénaturé, tamponner le Verrutop® avec un fin capillaire fourni avec le produit (plonger le capillaire dans l'ampoule de Verrutop et appliquer le contenu de ce capillaire sur la verrue en tapotant avec insistance pour optimaliser l'efficacité du produit), laisser sécher et recommencer l'opération à deux reprises durant une même séance. On note un blanchiment de la masse virale centrale et un jaunissement (parfois très intense – jaune/ocre) de la verrue et surtout de la partie cornée périphérique. *(Fig. 3-4-5-6)*

Dans le cas des verrues péri-unguéales, la coloration jaunâtre, atteignant parfois la tablette unguéale, est réversible à 100 %. Elle peut être évitée par l'application préalable de Si-Nails®. *(Fig. 7)*

Si le produit se répand aux alentours du site choisi, on peut observer un léger érythème de voisinage (rarement accompagné de prurit, de minimes sensations d'échauffement, brûlures). Ceci se voit préférentiellement dans le cas de verrues planes.

Il est demandé de ne pas mouiller les sites traités dans les 4 heures qui suivent et de désinfecter avec de l'alcool dénaturé à 94°, deux fois par jour. Ce « tannage » permet d'augmenter le rendement du traitement en facilitant la momification de la ver-

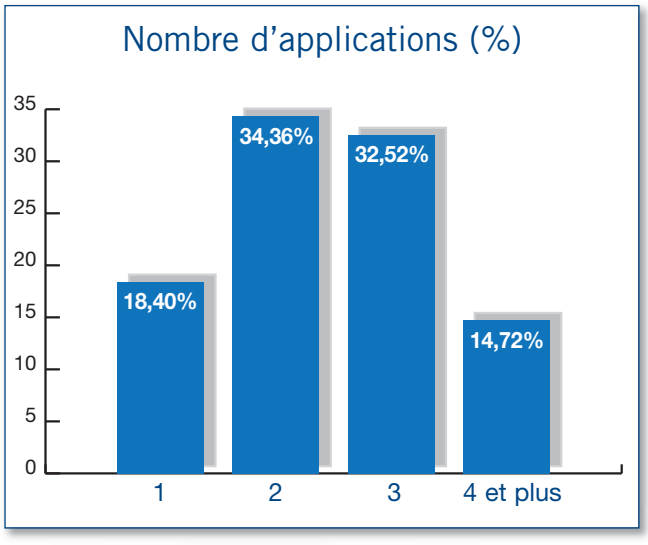

Fig. 5

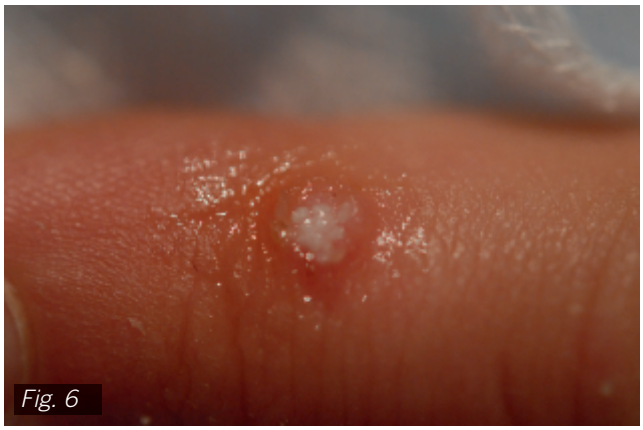
Fig. 6

Fig. 7

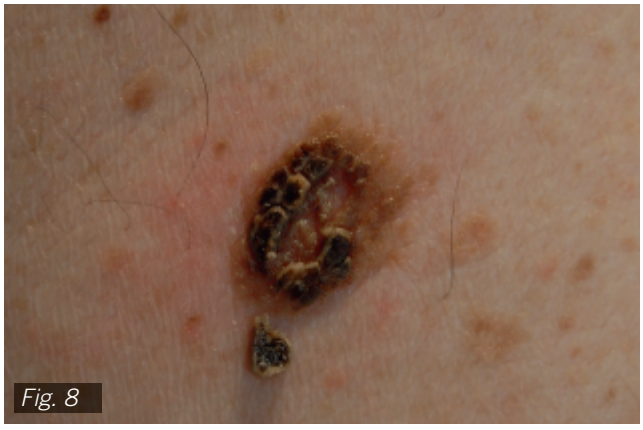
Fig. 8

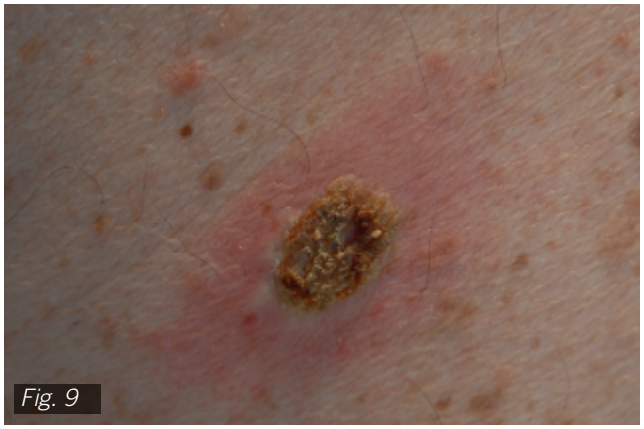
Fig. 9

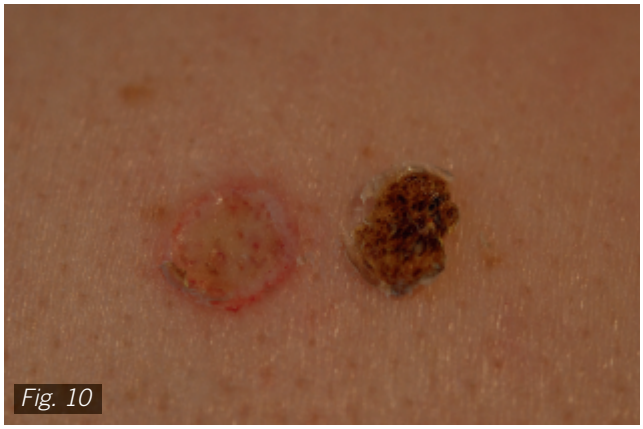
Fig. 10

rue. L'expérience a révélé l'utilité de laisser un intervalle de temps de ± 14 jours entre chaque application.
A domicile, durant ce laps de temps, le patient n'éprouve aucune difficulté fonctionnelle et observe tout au plus une croûte nécrotique se former, qui peut être, dans de rares cas, aussi « spectaculaire » qu'après une solide et douloureuse cryothérapie ou une injection de Bléomycine®.
Lors de la seconde consultation, les « croûtelles » sont éliminées à la lame de bistouri et il n'est pas rare, pour les petites verrues, de déjà constater la guérison.
Une moyenne de 3 séances s'avère nécessaire pour traiter des verrues « standard ».

Le choix de ce traitement peut aussi être posé pour des verrues récidivantes après une cryothérapie ou tout autre traitement antérieurement utilisé.

Dans la majorité des cas, une ampoule entière n'est pas nécessaire et plusieurs patients successifs peuvent alors être traités avec la même ampoule en changeant, évidement, le capillaire d'application.
Des études in vitro, microscopiques, ont prouvé l'action de momification sur la verrue mais surtout une disparition de l'activité virale, et donc de la contagiosité, supérieure par rapport à l'azote liquide.

Pour le dermatologue, l'approvisionnement (oubliée la crainte du manque d'azote), le stockage (pas de frigo) et l'utilisation sont aisés. Le coût est contenu (pas de nécessité de gros fût d'azote, de Cryac®, de Dermo-Jet,...). La validité du produit, une fois l'ampoule ouverte, est de plusieurs jours.

D'autres indications d'utilisation ont été étudiées : verrues planes (se méfier de l'efficacité un peu « brutale » pour les zones

Fig. 11

Fig. 12

habituellement touchées par ce type de verrues, à savoir le dos des mains, les genoux, le visage... bien que nous n'ayons observé aucune cicatrice définitive), molluscum contagiosum (réserve pour l'usage systématique vu le fréquent grand nombre de lésions et l'irritation périphérique possible), kératoses actiniques et séborrhéiques *(Fig. 8-9-10)*, condylomes acuminés *(Fig. 11-12)*, ... (Études en cours).

Conclusion

Le Verrutop® représente une alternative alléchante dans notre arsenal thérapeutique des verrues mais aussi d'autres « tumeurs » cutanées hyperkératosiques, permettant un traitement indolore de 1er choix.

Nous utiliserons préférentiellement Verrutop® pour sa facilité d'application sans besoin d'investissement matériel pour le médecin, pour sa possibilité de traiter de nombreuses verrues en une fois sans aucune contre indication si ce n'est l'utilisation au niveau du visage. Deux indications préférentielles sont les verrues périunguéales et les verrues récidivantes.

Après 3 séances, si aucune amélioration n'a été observée, il convient de réévaluer son option thérapeutique.

Le produit est disponible dans plusieurs pharmacies hospitalières en tant que « médical device » et fait encore l'objet de diverses études dont les résultats seront publiés ultérieurement.

Références...

Streit M, Braathen LR, Perroud HM. Traitement des verrrues. Forum Med Suisse. 2001 ; 34 : 839-847.

Lipke MM. An Armamantarium of wart treatments. Clin Med Res. 2006; 4 : 273-293.

Saitta P, Krishnamurthy K, Brown LH. Bléomycin in dermatology: a review of intralesional applications. Dermatol Surg. 2008; 34: 1299-1313.

Gibbs S, Harvey I, Sterling J, Stark R Local treatments for cutaneous warts: systematic review. BMJ 2002; 325: 1-8.

Micali G, Dall'Oglio F, Nasca MR, Tedeschi A. Management of cutaneous warts, an evidence-based approach. Am J Clin Dermatol 2004; 5: 311-317.

Saurat JH, Lachapelle JM, Lipsker D, Thiomas L Dermatologie et infections sexuellement transmissibles. 5è édit. Elsevier Masson, Paris, 2009

Dubertret L., Thérapeutique dermatologique, Médecine-Science Flammarion 1991.